

EIN VERGLEICH DES POSTOPERATIVEN
VERLAUFES NACH VAGINALEN PLASTISCHEN
OPERATIONEN MIT UND OHNE HYSTEREKTOMIE
AN DER 1. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK
MÜNCHEN

Arno Schöneberger

1969

1970



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548328_0056

AUS DER I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN

Komm. Direktor: Professor Dr. R. Kaiser

EIN VERGLEICH DES POSTOPERATIVEN VERLAUFES NACH VAGINALEN
PLASTISCHEN OPERATIONEN MIT UND OHNE HYSTEREKTOMIE AN DER
I. UNIVERSITÄTSFRAUENKLINIK MÜNCHEN

Inaugural - Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfasst und

einer Hohen Medizinischen Fakultät

der Ludwig-Maximilians-Universität München

vorgelegt von

Arno Schöneberger

aus Saarbrücken

München 1969

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München



Referent:	Prof. Dr. med. F. Zimmer
Korreferent:	Prof. Dr. med. R. Kaiser
Dekan:	Prof. Dr. med. dent. E. Kraft

Tag der mündlichen Prüfung: 24. Februar 1970

I N H A L T

	Seite
Einleitung.....	1
Methodik.....	2
Ergebnisse.....	3
Diskussion.....	16
Zusammenfassung.....	21
Literaturverzeichnis.....	22

E I N L E I T U N G

Einen größeren Anteil des älteren Patientengutes einer Frauenklinik stellen Frauen mit Beschwerden infolge einer Senkung oder eines Prolapses der Genitalorgane oder einer dadurch bedingten Harninkontinenz. So sind auch die meisten größeren vaginalen Operationen Eingriffe zur Behandlung dieser Erkrankungen. Entscheidende Gesichtspunkte für die Wahl der Operationsmethode sind vor allem Alter, Allgemeinzustand der Patientin und Art und Grad der Senkung. Die sich daraus ergebenden Operationsmethoden gliedern sich in zwei Gruppen: eine, bei welcher der Uterus belassen wird und eine, bei welcher der Uterus entfernt wird. Viele Gynäkologen sind in den letzten Jahren dazu übergegangen, zusätzlich zur Descensusoperation den Uterus zu exstirpieren, auch wenn sich neben Senkung und Prolaps nur geringe oder sogar keine krankhaften Veränderungen am Uterus fanden. Sie glauben, mit dieser Methode bessere funktionelle Ergebnisse und eine Carcinomprophylaxe erreichen zu können.

Das Ziel dieser Arbeit ist es, Vergleiche zwischen dem postoperativen Verlauf nach Harninkontinenz- bzw. Descensusoperationen ohne und mit gleichzeitiger Hysterektomie anzustellen. Mit Hilfe dieser Ergebnisse soll dann zu der Frage Stellung genommen werden, ob die zusätzliche Hysterektomie bei Descensusoperationen mit einem größeren Operationsrisiko verbunden ist oder nicht.

M E T H O D I K

Aus den Krankenunterlagen von 527 Patientinnen, die an der I. Universitätsfrauenklinik München in der Zeit vom 1. Januar 1963 bis zum 1. Januar 1967 einer vaginalen Descensusoperation ohne oder mit gleichzeitiger Hysterektomie unterzogen wurden, wurden das Alter der Patientinnen, die Dauer des stationären Aufenthaltes (prae- und postoperativ), Komplikationen während und nach der Operation und Antikoagulantienprophylaxe und -therapie ermittelt.

Die postoperativen Verläufe von Patientinnen ohne und mit Hysterektomie bei Descensusoperationen wurden miteinander verglichen. Zu diesem Vergleich dienten im Sinne einer Ereignisstatistik die absoluten Ereigniszahlen und die relative Häufigkeit der zu vergleichenden Gegebenheiten beider Gruppen. Nur bei der Darstellung der Dauer des stationären Aufenthaltes wurde der Mittelwert in Tagen nach der Formel $x = \frac{\sum (x)}{n}$ errechnet.

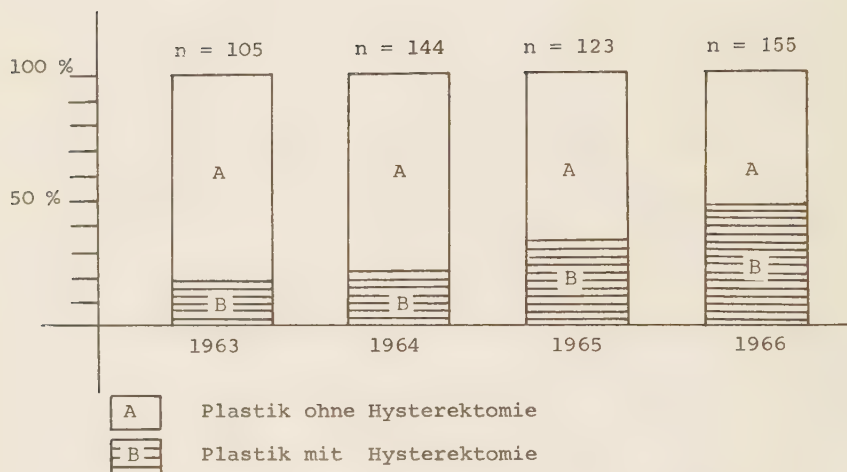
ERGEBNISSE

In der Zeit von 1963 bis 1966 nahm die Gesamtzahl aller Scheiden-Damm-Plastiken - ob ohne oder mit gleichzeitiger Hysterektomie - von 105 im Jahre 1963 auf 155 im Jahre 1966 zu. Während die Operationen ohne Hysterektomie (Gruppe A) in jedem der vier Jahre ungefähr gleich oft - nämlich 80 mal - vorgenommen wurden, wurde die Descensusoperation ohne Hysterektomie (Gruppe B) im Jahre 1966 über viermal so oft ausgeführt wie im Jahre 1963, nämlich 75 mal 1966 gegenüber 18 mal 1963.

	1963	1964	1965	1966	Gesamt
A Plastik ohne Hysterektomie	87	113	81	80	361
B Plastik mit Hysterektomie	18	31	42	75	166
	105	144	123	155	527

Tabelle 1: Anzahl der Descensusoperationen ohne und mit Hysterektomie in den Jahren 1963 - 1966.

Betrachtet man das Verhältnis der beiden Gruppen A und B, so stellt man deutlich fest, daß der relative Anteil der Descensusoperationen mit Hysterektomie konstant von einem Fünftel der Gesamtoperationen im Jahre 1963 auf die Hälfte im Jahre 1966 ansteigt.



Schema 1: Descensusoperationen ohne und mit Hysterektomie
in den Jahren 1963 - 1966.

Die Indikationen, deretwegen gleichzeitig mit einer Descensusoperation der Uterus vaginal entfernt wurde, begründeten sich ausschließlich auf einem benignen pathologischen Befund. In überwiegender Anzahl der Fälle wurde neben der Senkung oder dem Prolaps der Genitalorgane eine weitere krankhafte Veränderung des Uterus diagnostiziert. Dies war bei 74 Patientinnen ein Myom des Uterus, bei 25 Patientinnen eine Blutungsanomalie und bei 11 ein gesteigert atypisches Epithel der Cervix. Bei 56 Frauen war einzig die Senkung oder der Prolaps des Genitales der Grund zur Hysterektomie.

Indikation	Fall- zahl	%
Senkung/Prolaps ohne weitere Erkrankung	56	34 %
Myom des Uterus	74	45 %
Gesteigert atyp.Epithel der Portio	11	7 %
Prae- oder Postmenopause-Blutung/hormontherapieresist.Blutung	25	15 %
Gesamt	166	100 %

Tabelle 2: Indikationen zur Hysterektomie bei
Descensusoperationen .

In der ersten Hälfte des beobachteten Zeitraumes wurde in der überwiegenden Zahl der Fälle einer Descensusoperation ohne Uterusexstirpation die Manchesterplastik bevorzugt. So wurde in den Jahren 1963/64 bei 133 Patientinnen eine Portioamputation zusammen mit vorderer und hinterer Scheiden-Damm-Plastik und Fothergill-Naht vorgenommen. Ihre Zahl ging im zweiten Beobachtungsabschnitt auf 84 zurück. Eine vordere und hintere Scheiden-Damm-Plastik wurde in den Jahren 1963/64 48 mal und in den beiden folgenden Jahren 55 mal ausgeführt. Die Zahl der Operationen nach Labhardt, Neugebauer-LeFort bzw. der Interpositionen und der seltenen Methoden wie z. B. Göbel-Stöckel oder der Bulbocarvernosus-Fettlappenplastik, war in beiden Zeitabschnitten ungefähr gleich hoch und lag etwas über 10 % aller Descensusoperationen.

	1963	1964	1965	1966	Gesamt
Vordere und hintere Scheiden-Damm- Plastik	30	18	20	35	103
Manchesterplastik	50	83	47	37	217
Labhardt, Neugebauer- LeFort Interposition Göbel-Stöckel	7	12	14	8	41
Gesamt	87	113	81	80	361

Tabelle 3: Descensusoperationen ohne Hysterektomie
in den Jahren 1963 - 1966.

In beiden Vergleichsgruppen war der Anteil von Patientinnen im Alter von 20 bis 40 Jahren am größten, verschieden groß waren dagegen die Kollektive von Patientinnen unter 40 Jahren. Die Gruppe der jüngeren Patientinnen war bei den Descensusoperationen ohne Uterusentfernung doppelt so groß (20 %) wie bei jenen, bei denen der Uterus mitentfernt wurde.

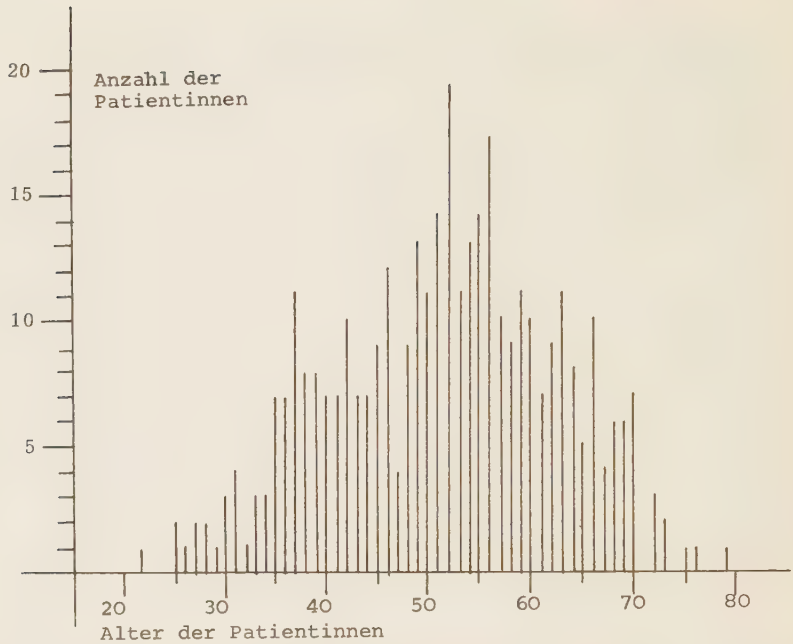
Alter	20-40 Jahre	41-60 Jahre	über 60 Jahre	Gesamt
A Plastik ohne Hysterektomie	73 (20%)	206 (57%)	82 (23%)	361 (100%)
B Plastik mit Hysterektomie	17 (10%)	117 (70%)	32 (20%)	166 (100%)
Gesamt	90 (17%)	323 (61%)	114 (22%)	527 (100%)

Tabelle 4: Altersverteilung der Patientinnen mit
Descensusoperationen mit und ohne Hysterektomie.

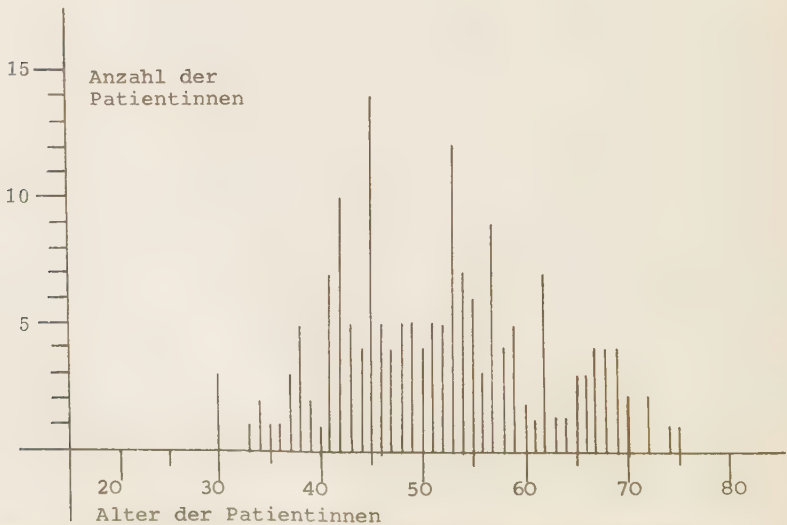
Betrachtet man die verschiedenen Operationsmethoden zur Behebung eines Descensus mit Inkontinenz bezüglich des Alters der Patientinnen, so stellt man fest, daß bei allen Altersgruppen die Manchesterplastik am häufigsten vorgenommen wurde. Ihr Anteil betrug bei den 20- bis 40-jährigen 59 %, bei den 41 bis 60-jährigen 64 % und bei den über 60 Jahre alten Patientinnen 44 %. In der Altersgruppe der Patientinnen zwischen 20 und 40 Jahren wurde aus der Gruppe der seltenen Operationsmethoden 3 mal eine Operation nach Göbel-Stöckel und einmal eine Bulbocavernosus-Fettdlappenplastik ausgeführt. Bei den älteren Frauen kam diese dritte Gruppe der Operationsmethoden in einem Drittel der Fälle zur Anwendung, wobei es sich allerdings ausschließlich um Interpositionen oder Operationen nach Neugebauer-Lefort und Labhardt handelte.

Alter	20-40 Jahre	41-60 Jahre	über 60 Jahre	Gesamt
Vordere und hintere Scheiden- Damm-Plastik	24 (35%)	60 (29%)	19 (6%)	95 (30%)
Manchesterplastik	40 (59%)	132 (64%)	35 (44%)	207 (60%)
Labhardt, Neugebauer- Lefort, Interposi- tion, Göbel-Stöckel	4 (6%)	13 (7%)	24 (31%)	41 (10%)
Gesamt	68 (100%)	205 (100%)	78 (100%)	361 (100%)

Tabelle 5: Altersverteilung der Patientinnen in Abhängigkeit von den verschiedenen Operationsmethoden.



Schema 2: Altersverteilung der Patientinnen mit Descensusoperation ohne Hysterektomie (Gruppe A).



Schema 3: Altersverteilung der Patientinnen mit Descensusoperation mit Hysterektomie (Gruppe B).

Die durchschnittliche postoperative Liegedauer war in beiden Vergleichsgruppen auf den Tag genau gleich, auch nach der Aufschlüsselung in Kollektive mit und ohne postoperative Komplikationen. Mit steigendem Alter verlängerte sich für alle Patientinnen der Aufenthalt in der Klinik; ebenso verlängert war die Liegedauer bei Störungen im postoperativen Verlauf. Diese Patientinnen waren durchschnittlich 4 Tage länger in der Klinik als bei komplikationslosem Verlauf.

Alter	20-40 Jahre	41-60 Jahre	über 60 Jahre	Gesamt
ohne Morbidität	18,6	20,6	23,6	21,8 Tage
A Plastik ohne Hysterektomie				
mit Morbidität	23,8	24,8	26,9	25,1 Tage
ohne Morbidität	18,2	21,2	21,6	21,1 Tage
B Plastik mit Hysterektomie				
mit Morbidität	25,2	24,0	27,3	25,0 Tage

Tabelle 6: Durchschnittliche Dauer des postoperativen Aufenthaltes und ihre Abhängigkeit von der Operationsmethode und dem Alter der Patientinnen.

In 32 % der Fälle kam es nach Descensusoperationen ohne Uterusexstirpation zu postoperativen Komplikationen; bei den Patientinnen mit zusätzlicher Uterusentfernung waren es 34 %. Dabei war die postoperative Morbidität in den Altersgruppen bis 60 Jahre für beide Gruppen in etwa gleich. Auffallend war lediglich bei den älteren Patientinnen der Unterschied zwischen Gruppe A mit 31 % und Gruppe B mit 37 %.

Alter		20-40 Jahre	41-60 Jahre	über 60 Jahre	Gesamt
A	Plastik ohne Hysterektomie	22 (33%)	72 (35%)	24 (31%)	118 (32%)
B	Plastik mit Hysterektomie	6 (35%)	40 (34%)	12 (37%)	58 (34%)

Tabelle 8: Postoperative Morbidität in Abhängigkeit vom
Alter der Patientinnen und der Art der Operation.

Bei der Aufschlüsselung der postoperativen Komplikationen zeigt sich, daß die Diagnose einer postoperativen Cystitis am häufigsten gestellt wurde. In beiden Vergleichsgruppen, d. h. der Descensusoperationen ohne und mit Hysterektomie, trat diese Komplikation bei ungefähr 20 % der Patientinnen auf. Zweimal wurde in beiden Vergleichsgruppen eine Cystopyelitis festgestellt.

An zweiter Stelle der Häufigkeit folgen thrombembolische Komplikationen. Von den Patientinnen der Gruppe A erlitten acht (2 %) eine Thrombophlebitis und neun (2 %) eine Embolie. Eine der Embolien endete tödlich. In Gruppe B trat relativ gleich oft eine Embolie auf: bei 3 Patientinnen (2 %) von 166. Dagegen mussten 9 (5 %) Frauen dieser Gruppe eine Thrombophlebitis hinnehmen.

Weniger häufig ereigneten sich Störungen des postoperativen Verlaufes von seiten des Respirationstrakts. So trat bei vier (1 %) Patientinnen der ersten Gruppe und bei zwei (1 %) der zweiten Gruppe eine Pneumonie auf.

Von zwei Fällen eines Subileus nach Descensusoperation ohne Hysterektomie konnte ein Fall konservativ beherrscht werden. Bei der zweiten Patientin stellte sich als Ursache des Subileus eine perforierte Appendicitis heraus. In einem einzigen Fall verursachten nach einer Descensusoperation mit Hysterektomie Briden einen Ileus und machten so eine Laparotomie notwendig. Herz-Kreislauf-Störungen belasteten in Gruppe A in einem Fall und in Gruppe B in vier Fällen den postoperativen Verlauf. Außerdem mussten von den insgesamt 527 Patientinnen beider Gruppen fünf einen Spritzenabszeß hinnehmen.

Noch seltener kam es zu einer Komplikation während der Operation. Bei 361 Descensusoperationen ohne Hysterektomie wurde die Blase zweimal verletzt und nur einmal bei 166 Descensusoperationen mit zusätzlicher Hysterektomie.

Im allgemeinen wurde eine Antikoagulantienprophylaxe bei älteren Patientinnen häufiger durchgeführt als bei jüngeren. So bekamen in der Gruppe A die Frauen über 60 Jahre fast doppelt so oft Antikoagulantien wie junge Frauen unter 40 Jahren. In der Gruppe B wurde diese Prophylaxe bei 12 % der jüngeren und 68 % der älteren Patientinnen angewandt.

Alter	20-40 Jahre	41-60 Jahre	über 60 Jahre	Gesamt
A Plastik ohne Hysterektomie	18 (26%)	54 (26%)	36 (44%)	108 (30%)
B Plastik mit Hysterektomie	2 (12%)	47 (44%)	22 (68%)	71 (43%)

Tabelle 9: Anzahl der Patientinnen mit Antikoagulantienprophylaxe.

Bei 12 (3%) der Patientinnen mit Descensusoperationen ohne Uterusentfernung und bei 7 (4%) derjenigen mit zusätzlicher Hysterektomie traten Wundheilstörungen auf. Dabei waren in Gruppe A 2 % der Patientinnen mit und 4 % der Frauen ohne Antikoagulantien betroffen. In der Gruppe B war unabhängig von der Antikoagulantienapplikation (immer) bei 4 % der Patientinnen die Wundheilung gestört oder verzögert.

Unabhängig vom Einfluß der Antikoagulantien wurde in beiden Vergleichsgruppen derselbe Prozentsatz an Nachblutungen beobachtet, nämlich 2 %; einmal mußte eine Patientin mit zusätzlicher Hysterektomie wegen einer starken Blutung aus dem perivesiculären Venenplexus laparotomiert werden.

	Antikoagulantien		Gesamt
	ohne	mit	
A Plastik ohne Hysterektomie	10 (4%)	2 (2%)	12 (3 %)
B Plastik mit Hysterektomie	4 (4%)	3 (4%)	7 (4%)

Tabelle 7: Anzahl der Wundheilungsstörungen und ihre
Abhängigkeit von Antikoagulantienapplikation.

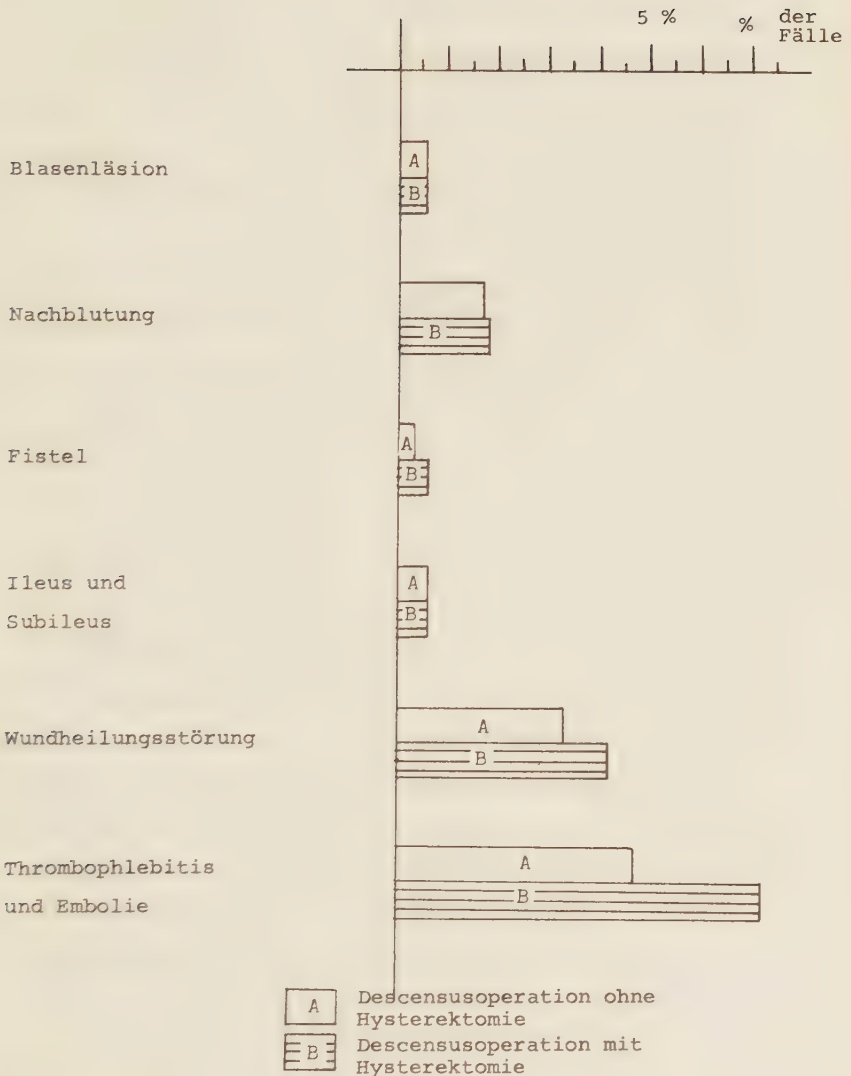
Von den insgesamt 527 operierten Frauen verstarben zwei
postoperativ:

Patientin B.A., 72 Jahre alt, (J-Nr.: A-385/1965) kam am
2.4.1965 wegen eines Totalprolapses mit Pessarulcus zur
stationären Aufnahme. Zudem wurde bei ihr eine absolute
Arrhythmie festgestellt. Am 9.4. wurde eine Operation nach
Neugebauer-LeFort und Labhardt durchgeführt. Die Patientin
verstarb am 13. postoperativen Tag an einer fulminanten
Lungenembolie.

Bei dem zweiten Todesfall handelte es sich um eine 61-jährige
Patientin St. T., (J-Nr.: P-26/1965), stationär vom 31.1. -
6.2.1965. Zur Behebung eines Descensus uteri et vaginae mit
Harninkontinenz wurde eine Manchesterplastik mit Portio-
amputation vorgenommen. Frau St. T. verstarb am 3. post-
operativen Tag. Als Todesursache wurde ein akutes Herz- und
Kreislaufversagen festgestellt.

Komplikationen	A Plastik ohne Hysterektomie	B Plastik mit Hysterektomie
I Während der Operation: Blasenläsion	2 (0,6%)	1 (0,6%)
II Nach der Operation:		
Nachblutung im Op.- gebiet	6 (1,7%)	3 (1,8%)
Blasenblutung	- -	1 (0,6%)
Thrombophlebitis	8 (2,2%)	9 (5,4%)
Embolie	9 (2,5%)	3 (1,8%)
Ileus/Subileus	2 (0,6%)	1 (0,6%)
Wundheilungsstörung	12 (3,3%)	7 (4,2%)
Fistel	1 (0,3%)	1 (0,6%)
Spritzenabszeß	4 (1,2%)	2 (1,2%)
Herz-Kreislauf-Störg.	1 (0,3%)	4 (2,4%)
Respirationstrakt:		
Infekte	3 (0,9%)	3 (1,8%)
Bronchitis	3 (0,9%)	- -
Pneumonie	1 (0,3%)	1 (0,6%)
Sekundärpneumonie nach Embolie	3 (0,9%)	1 (0,6%)
Pleuritis	1 (0,3%)	1 (0,6%)
Cholecystitis	- -	1 (0,6%)
Harnwege:		
Cystitis	68 (18,8%)	24 (14,5%)
Cystopyelitis	2 (0,6%)	2 (1,2%)
Gesamt	144 (39,8%)	65 (39,2%)

Tabelle 8: Komplikationen während bzw. nach Descensus-
operationen ohne und mit Hysterektomie.



Schema 4: Vergleich der schwerwiegenden operativen und postoperativen Komplikationen nach Descensusoperationen ohne und mit Hysterektomie.

D I S K U S S I O N

Auch heute noch gehen die Ansichten maßgeblicher Operateure über Belassung oder Entfernung der Gebärmutter bei Descensus- und Prolapsoperationen weit auseinander. RICHARDSON (9), und MORRIS (6), die für die Belassung des Uterus eintreten, messen diesem Organ eine besondere Stütz- und Haltefunktion zu. Sie glauben, daß sich die Entfernung der Gebärmutter nachteilig auf das funktionelle Ergebnis der Operation auswirkt. Solche Folgen einer Uterusexstirpation konnten aber KÄSER und IKLÉ (4), OBER (7) und auch KRIGE (5) nicht feststellen.

Andere Autoren weisen darauf hin, daß manche Gynäkologen die Hysterektomie als Zusatzoperation bei der Beseitigung einer Senkung des Genitales als eine nicht unerhebliche Mehrbelastung für die Patientinnen ansehen KRIGE (5), ARTNER und SOCHOREK (1). Eine durch Hysterektomie verursachte zusätzliche Belastung der Patientinnen müsste sich aber bei einem Vergleich der postoperativen Verläufe nach Descensusoperationen mit und ohne Uterusexstirpation offenbaren. Vorliegende Untersuchungen zeigen bei der Gegenüberstellung wichtiger Kriterien zur Beurteilung des postoperativen Verlaufs, daß kein wesentlicher Unterschied zwischen beiden Kollektiven besteht.

Die einzige Komplikation, die während dieser Operation beobachtet werden konnte, nämlich die Blasenläsion, kam unabhängig von der Uterusexstirpation in derselben Häufigkeit vor (0,6%). Nicht nur die Gesamtmorbidität (32 bzw. 34 %) hielt sich in beiden Gruppen die Waage, sondern im wesentlichen auch die Häufigkeit der zu beobachtenden Krankheitsbilder. So kam es z. B. nach Scheiden-Damm-Plastiken mit Hysterektomie nicht, wie man hätte erwarten können, zu mehr Nachblutungen als nach einfacher Scheiden-Damm-Plastik. Wenn bei den thrombembolischen Erkrankungen die Thrombophlebitiden öfter bei den hysterektomierten Frauen vorkamen als nach einfacher Plastik, so waren dafür die Embolien in der letztgenannten Gruppe häufiger.

Nur Herz-Kreislauf-Sensationen traten nach Hysterektomien viel häufiger auf als bei den nicht hysterektomierten Patientinnen. Eine Erklärung dafür konnte nicht gefunden werden. Dieser Beobachtung sollte aber wegen der kleinen Zahl nicht allzuviel Gewicht beigemessen werden - zudem belasteten zwei Todesfälle die Gruppe der einfachen Descensusoperationen, während die Vergleichsgruppe keine postoperative Mortalität aufzuweisen hatte.

Nicht zuletzt spricht das Ergebnis der Untersuchungen über die postoperative Liegedauer gegen eine besondere

postoperative Belastung der hysterektomierten Frauen. Für verschiedene Altersstufen ergeben sich in beiden Kollektiven fast bis auf den Tag gleiche postoperative Liegezeiten. So kann alles in allem kein wesentlicher Unterschied im postoperativen Verlauf der beiden Beobachtungsgruppen gesehen werden. Diese Feststellung, daß die zusätzliche Entfernung des Uterus während einer Descensusoperation zu keiner Mehrbelastung der Patientinnen führt, entspricht auch den Beobachtungen von KÄSER (4). Er schreibt über die Hysterektomie mit Plastik: "Diese Operation ist nicht belastender und nicht zeitraubender als die Manchesterplastik".

Schließlich bleibt an Hand der in den Ergebnissen dargestellten Zahlen zu klären, wie groß die Morbidität unseres Krankengutes gegenüber dem anderer Operateure war. Ähnlich wie wir berichten VUIA (13) und COPENHAVER (2) über eine Blasenläsionsrate von 0,5 %. STIRLING (12) beobachtete bei 3 % seiner Patientinnen nach einer Descensusoperation mit zusätzlicher Hysterektomie eine Embolie, was unserer Emboliehäufigkeit entspricht (2,5 %). Nachblutungen im Operationsgebiet mußten unsere Patientinnen (1,84%) ebenso oft hinnehmen wie die von RUBIN (10) und VUIA (13). VUIA (13) sah Lungenaffektionen bei seinem Krankengut genau so häufig wie wir, nämlich in 3,5 % der Fälle. RUBIN (10) gibt eine Ileusrate von 0,5 % an, wir ermittelten 0,6 %. In den meisten diesbezüglichen Veröffentlichungen wird überein-

stimmend die Cystitis als häufigste postoperative Komplikation angeführt. Bezüglich der postoperativen Cystitis liegen unsere Zahlen im Bereich der Angaben von STEPTOE (11), GUZMAN (3) und RANA (8), die - wie auch KÄSER (4) - bei 20 % ihrer Patientinnen eine Cystitis feststellten.

Beim Vergleich der in den Ergebnissen dargestellten Morbidität mit den Beobachtungen anderer Operateure fällt besonders die gute Übereinstimmung mit den von KÄSER und IKLE (4) festgestellten Zahlen auf. Das betrifft nicht nur die Häufigkeit der Cystitis, sondern auch die der Wundheilungsstörungen (2 - 5 %) wie die der Nachblutungen (1 - 2 %) und vor allem den Prozentsatz der postoperativen Gesamtmorbidität mit 30 %.

Vorliegende Untersuchungen erlauben keine Aussage über die funktionellen Vor- und Nachteile der Hysterektomie anlässlich einer Senkungsoperation. Sie zeigen vielmehr, daß bei dem beobachteten Krankengut die Zahlen der operativen und postoperativen Komplikationen nach Descensusoperationen mit und ohne Hysterektomie gleich hoch waren und innerhalb der von anderen Autoren veröffentlichten Größenordnung liegen. Demnach stellt die zusätzliche Uterusexstirpation keine nennenswerte Mehrbelastung für die Patientinnen dar.

Diese Feststellung erlaubt es, ungeachtet der funktionellen Ergebnisse, für eine großzügigere Indikationsstellung der Hysterektomie bei Descensusoperationen einzutreten. Das gilt vor allem für Frauen kurz vor oder nach der Menopause, bei denen der Uterus keine Funktion mehr zu erfüllen hat. In diesen Fällen stellt die Entfernung der Gebärmutter eine echte Carzinomprophylaxe dar.

Z U S A M M E N F A S S U N G

An Hand eines Vergleiches der postoperativen Verläufe von 527 Patientinnen, bei denen Senkungsoperationen teils ohne, teils mit zusätzlicher Hysterektomie durchgeführt wurden, wird die Frage untersucht, ob die zusätzliche Entfernung der Gebärmutter eine größere operative oder postoperative Belastung für die Patientinnen darstellt. Weder bei der Gegenüberstellung der Komplikationen während und nach beiden Operationsmethoden noch bei der Dauer des postoperativen Aufenthaltes der Patientinnen ergeben sich signifikante Unterschiede. Es wird daher mit anderen Autoren empfohlen, bei älteren Frauen zur operativen Therapie eines Descensus oder Prolapses vermehrt die zusätzliche Hysterektomie durchzuführen.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

- (1) ARTNER, J. und F. SOCHOREK :

Die Bedeutung des Uterus bei den vaginalen
plastischen Operationen.

Zbl. Gynäk. 88 (1966), 418

- (2) COPENHAVER, E. H. :

Vaginal hysterectomy. An analysis of indications
and complications among 1,000 operations.

Amer.J.Obstet.Gynec. 84 (1962), 123

- (3) GUZMAN-ALANDETE, R.D. :

Operacion de Manchester. Revision de 315 casos
conscutivos.

Rev. colomb. Obstet.Ginec. 13 (1962), 1

- (4) KÄSER, O. und F.A. IKLÉ :

Atlas der Gynäkologischen Operationen, 2.Aufl.

Thieme, Stuttgart 1965

- (5) KRIGE, C.F. :

The repair of the genital prolaps with vaginal
hysterectomy.

J.Obstet.Gynaec.Brit.Cwlth. 69 (1958), 570

- (6) MORRIS, W.I.C. :

Doubts on the value of vaginal hysterectomy in
the management of genital prolaps.

J.Obstet.Gynaec.Brit.Cwlth. 72 (1965), 860

- (7) OBER, G. und H. MEINRENKEN :

Gynäkologische Operationen. Bd. IX der Allgemeinen
und Speziellen Operationslehre von GULEKE-ZENKER.
Springer, Berlin 1964

- (8) RANA, M.B. :

Review of 249 vaginal hysterectomies.

J.Obstet.Gynaec.(N.Delhi) 24 (1963), 76

- (9) RICHARDSON, B. :

Zit.nach The Lind, R.W.:

Operative Gynecology, 2. Aufl.

Lippincott, Philadelphia 1953

- (10) RUBIN, A. :

Complications of vaginal operations
for pelvic floor relaxation:

Amer.J.Obstet.Gynec. 95 (1966), 972

- (11) STEPTOE, P. C. :

Memorandum on vaginal hysterectomy.

J.Obstet.Gynaec.Brit.Cwlth.72 (1965), 862

- (12) STIRLING, H. :

Vaginal hysterectomy in the treatment
of prolaps.

J. Obstet.Gynaec.Brit.Cwlth. 72(1965), 861

- (13) VUIA, S. et ST.PRATZER :

Le traitement chirurgical du prolaps.

Soc.franc.Gynec. 31 (1961), 135

L E B E N S L A U F

Am 18. August 1943 wurde ich in Quierschied/Saar als Sohn des Assessors Dr. jur. Ernst Schöneberger und seiner Ehefrau Maria, geb. Martin, geboren.

Nach vierjährigem Volksschulbesuch trat ich in das Staatliche Ludwigsgymnasium zu Saarbrücken ein. Hier legte ich auch 1963 die Reifeprüfung ab.

Danach begann ich mein Medizinstudium an der Universität des Saarlandes, wo ich 1964 in Saarbrücken das Vorphysikum und 1966 in Homburg das Physikum bestand.

Anschließend wechselte ich zur Ludwig-Maximilians-Universität in München. Hier schloß ich mit dem medizinischen Staatsexamen im Juli 1969 mein Studium ab.

Seit dem 1. August 1969 bin ich an der I. Universitäts-frauenklinik München als Medizinalassistent tätig.

